

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

CM 080

M.

PIOMIOSITE TROPICAL EM CLIMA TEMPERADO
REVISÃO DA LITERATURA E RELATO DE UM CASO.

AUTORES: Dda EMARISE MEDEIROS

Dda MARIA DE FÁTIMA DA SILVA MUND

Dda VALÉRIA TERESA DE OLIVEIRA PEREIRA

Doutorandas - 12ª fase do Curso de Medicina da
UFSC.

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1983.

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao Prof. Dr. Marcelino Osmar Vieira pela colaboração na organização deste trabalho.

RESUMO

Os autores apresentam um caso de Piomiosite Tropical em Clima Temperado, em paciente de 16 anos, internado no Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis - Santa Catarina.

O diagnóstico baseou-se na drenagem e cultura de secreção de abscessos musculares profundos. Discorem sobre anatomia, etiologia, incidência, quadro clínico, diagnóstico e tratamento desta afecção.

ÍNDICE

I	- INTRODUÇÃO	4
II	- HISTÓRICO	5
III	- SINONÍMIA	6
IV	- ANATOMIA	7
V	- INCIDÊNCIA	9
VI	- ETIOLOGIA	11
VII	- QUADRO CLÍNICO	13
VIII	- DIAGNÓSTICO	16
IX	- TRATAMENTO	18
X	- RELATO DO CASO	19
XI	- DISCUSSÃO	23
XII	- SUMMARY	27
XIII	- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
XIV	- REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES	30

I - INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo a apresentação de um caso de Piomiosite Tropical, diagnosticado e tratado no Hospital Universitário da UFSC, de Florianópolis - Santa Catarina.

Justifica-se o relato face ao pequeno número de casos descritos no Brasil, e mais particularmente, em clima temperado.

II - HISTÓRICO

Denomina-se Piomiosite Tropical a presença de abscessos bacterianos em grandes massas musculares do tipo esquelético, quase invariavelmente causados pelo Staphylococcus aureus, sendo bastante característica de clima tropical.

A resistência dos músculos esqueléticos à supuração é conhecida há mais de 150 anos^(10,17).

A entidade clínica foi primeiramente descrita há quase um século atrás, mais especificamente em 1885, por Scriba^(4,7,16,17) que acreditava ser a doença limitada aos trópicos⁽¹⁷⁾.

O nome Piomiosite foi proposto por Combes em 1917⁽¹⁷⁾.

No mesmo ano, Walker relatou os 4 primeiros casos descritos no Brasil^(7,17). Não são conhecidos relatos posteriores até 1976, quando então Torres publicou a descrição de 7 novos casos⁽¹⁷⁾.

Numerosos casos foram descritos na África, Ásia e Oeste da Índia, na literatura do início do século XX⁽¹⁶⁾.

III - SINONÍMIA

Esta patologia tem recebido diversos nomes, como: Miosite Supurada, Miosite Supurada Tropical, Miosite Tropical, Piomiosite⁽¹⁷⁾, Piomiosite Estafilocócica⁽⁸⁾, Miosite Benigna aguda⁽³⁾, "caroços" de Marsen⁽¹⁷⁾.

Na República de Camarões, a doença adquiriu a folclórica denominação de "Lambo-lambo" pelos seus nativos, no início deste século⁽¹⁶⁾.

A denominação científica mais usualmente empregada na literatura é de Piomiosite Tropical.

IV - ANATOMIA

Os abcessos ocorrem profundamente dentro dos grandes músculos estriados^(4,10) e são claramente limitados à borda da fáscia muscular. Sendo assim, são poupados os tecidos cutâneo e subcutâneo até um estágio tardio da doença⁽¹⁰⁾, e a infecção do periósteo é rara⁽⁷⁾.

A ocorrência de supuração da bainha, entre as fibras musculares, é necessária ao diagnóstico de Piomiosite segundo conceitos atuais⁽¹⁷⁾.

Localizam-se preferentemente em membros inferiores^(1, 3, 4,7,13,16,17), sendo o quadríceps o músculo mais acometido^(6, 7,9). Outros músculos comumente afetados são o bíceps da coxa, glúteos^(1,4,6,9) e músculos da panturrilha^(3,4,6).

Adamski⁽¹⁾, Chiedozi⁽⁴⁾ e Torres⁽¹⁷⁾ citam a musculatura peitoral como sede freqüente deste tipo de abcesso.

Raramente encontram-se abcessos localizados nos músculos tibiais, gêmeos, trapézio, bíceps braquial oblíquo externo e interno do abdome⁽⁷⁾, musculatura do pé⁽⁴⁾, do joelho⁽³⁾ e psoas⁽⁷⁾.

Taylor refere a percentagem de 10% para o acometimento dos músculos psoas e ilíacos⁽¹³⁾.

Os abcessos costumam ser múltiplos^(3,4,6,17). No entanto, a maior das séries de piomiosite em crianças (até 14 anos), relatada por Chacha⁽⁸⁾, de Singapura, sessenta e duas das setenta crianças tinham lesões solitárias.

V - INCIDÊNCIA

A doença ocorre em todos os grupos raciais que habitam os trópicos⁽¹⁰⁾. Foi encontrada em várias partes da África, América do Sul e Central, Suécia, Inglaterra, Estados Unidos, Ilhas do Pacífico, Jamaica, Ceilão, Malásia, Indochina⁽⁷⁾, sendo que o maior número de relatos publicados procede de países da África (principalmente Nigéria, Zaire e Uganda)⁽⁷⁾, seguindo-se das regiões intertropicais da América, Ásia e Oceania⁽¹⁷⁾.

Raramente ocorre em locais de altitude acima de 1500m⁽⁷⁾ e em climas temperados^(4,7,9,10,16,17). Quando ocorrem, é frequente que exista história de imigração recente dos trópicos e subtrópicos^(4,9,10,30).

Recentemente, Schielech III⁽¹⁶⁾ diagnosticou Piomiosite em dois adultos que não haviam saído dos Estados Unidos⁽¹⁶⁾.

Já, McLoughlin, no Canadá, relatou um caso cujo paciente tinha história de viagem recente à Austrália e Nova Guiné⁽¹³⁾.

A incidência da doença é pequena no Brasil, apesar de existirem regiões do país com características climáticas e geográficas semelhantes aos países onde a *Piomiosite Tropical* é descrita freqüentemente⁽⁷⁾.

Em 1981, Torres e colaboradores⁽¹⁷⁾ analisaram 18 casos, 7 dos quais foram os primeiros a serem descritos no Brasil após os trabalhos de Walker em 1917.

A doença ocorre em todas as faixas etárias^(4,7,16,17) sendo, no entanto, mais comum em crianças^(3,4,7,8,16) e adultos jovens^(3,7,17).

Chiedozi, revendo 205 casos em 112 pacientes, constatou que 35,7% eram crianças, das quais 40% encontravam-se na faixa de 2 a 5 anos⁽⁴⁾.

Antony⁽³⁾, analisando 129 pacientes, declarou que a média foi de 9 anos de idade.

Lundberg, em 74 casos, encontrou 65 pacientes com idades entre 5 e 15 anos⁽³⁾.

Do relato de Chacha⁽⁸⁾, em Singapura, 80% ocorreram em pacientes abaixo de 10 anos. No Brasil, Torres e colaboradores, numa análise de 18 casos, relataram que a idade variou de 5 a 60 anos, e que o pico máximo encontrava-se entre 20 e 30 anos⁽¹⁷⁾.

A *Piomiosite Tropical* é mais freqüente em homens que em mulheres^(3,4,7,8,17).

Antony refere ser a patologia mais severa em homens⁽³⁾.

Gonçalves e colaboradores⁽⁷⁾ afirmam que, nos homens, o grupo etário mais atingido é principalmente de 20 a 40 anos, e nas mulheres, entre 5 e 9 anos.

VI - ETIOLOGIA

O agente mais encontrado foi o Staphylococcus aureus^(1,4,6,7,8,9,10,13,14,16,17), sendo que a incidência variou de 80%⁽⁸⁾ a 98%^(1,7,10), dos casos relatados. Raramente foram isolados outros agentes, como Streptococcus e Pneumococo⁽¹⁰⁾ e S. pyogenes⁽⁴⁾ em 3,5%⁽⁴⁾.

Greco e colaboradores relataram um caso onde foi isolado myxovírus no músculo durante uma epidemia por Influenza⁽³⁾.

Muitos dos casos descritos ocorreram durante epidemias virais⁽³⁾. Em vários pacientes evidenciou-se, por cultura ou sorologia, a presença de vírus Influenza B⁽³⁾ Influenza A⁽³⁾ ou adenovírus⁽³⁾.

A porta de entrada do S. aureus ainda é obscura e, geralmente, não se consegue isolar o patógeno em culturas simultâneas de fossas nasais, períneo, orofaringe e pele^(7,10). Acredita-se que a via de acesso ao músculo seja a hematogênica, frente a freqüência de múltiplos abscessos (30-40%), podendo, algumas vezes, apresentar-se com um caráter séptico agudo^(7,10).

Não é possível, no entanto, identificar um fator etiológico único e definitivo para a doença.

Embora o fator climático seja inegavelmente importante, o relato de casos oriundos de países não tropicais sugere que outros fatores devam estar associados, na etiopatogenia da doença.

Tem-se relacionado a Piomiosite Tropical com: anemia falciforme; deficiência de ácido ascórbico e de selênio; imunodepressão, infecções parasitárias (um terço dos pacientes tem eosinofilia em sangue periférico); arbovírus, sífilis, leptopirose; coxsakioses; dracunculose; migração muscular de larvas de ancilostomídeos, estrongilóides ou toxocara; septicemia estofilocócica, vírus Influenza A e B, vírus da hepatite B e traumatismos musculares (1,3,4,6,7,9,10,14,16,17).

O traumatismo é o fator mais freqüentemente lembrado, principalmente após as experiências de Miyake, que reproduziu abscessos musculares em animais previamente traumatizados (10).

Contropondo-se a Miyake, Jackson e Feagin (4), após o estudo de 250 atletas jovens com quadro de contusão em quadríceps, não encontraram sequer um caso de Piomiosite, mas vários casos de miosite ossificante.

Diversos fatores são citados em associação com a doença, mas a nenhum deles pode-se atribuir definitivamente a responsabilidade de preceder o quadro de Piomiosite.

VII - QUADRO CLÍNICO

Os sinais e sintomas-estão diretamente relacionados com o estágio evolutivo em que a doença se encontra.

O início do quadro é habitualmente subagudo, com dor muscular de pequena intensidade, febre baixa, estado geral comprometido, poucos sinais flogísticos^(7,10,13,16) e linfadenopatia ocasional⁽⁶⁾.

Eventualmente, os pacientes poderão apresentar pródromos como: sintomas respiratórios, náuseas e vômitos, anorexia, cefaléia, dor abdominal e Rash cutâneo - principalmente em crianças⁽³⁾ e diarréia, amigdalite e traumatismos anteriores ao abscesso⁽¹⁾. O intervalo entre os pródromos e a piomiosite varia de 1 a 3 dias, havendo, entretanto persistência da febre⁽³⁾ por vários dias ou semanas⁽¹⁰⁾.

Ocasionalmente inicia como doença tóxica aguda, com febre alta e calofrios⁽¹⁰⁾.

Concomitante, há um endurecimento muscular, que pode, inclusive, levar à dificuldade de deambulação^(3,7,16). Esta tumoração tem a princípio uma consistência dura, firme ou elásti-

tica (4,9,10,16), e posteriormente, passados dias ou semanas pode-se encontrar flutuação (4,7,9,10,13) e os sinais inflamatórios aparecem (10).

A dor e a tumoração eventualmente precedem os sintomas sistêmicos (16).

Sensibilidade e dor, que pioram à movimentação, são características da doença. A força e os reflexos, entretanto, estão mantidos (3).

Em 1973, Darcy (4,9) estadiou a doença em:

1. Estágio Invasivo — Inicia com dor muscular tipo cãimbra. Após 1 semana intensifica-se a dor aparecem o edema e a febrícula. Os sinais flogísticos são mínimos ou ausentes. Não há flutuação. A palpação da musculatura acometida sugere consistência de "borracha dura" ou "lenha". Laboratorialmente, se percebe leucocitose, associada ou não a eosinofilia.
2. Estágio Supurativo — Cerca de 90% dos pacientes são vistos nesta fase.

10 a 21 dias após o início dos sintomas há febre elevada, edema importante da musculatura, sensibilidade local, intensos sinais flogísticos e eosinofilia.
3. Estágio Tardio — Há uma queda do estado geral, febre alta, sensibilidade intensa, flutuação nítida na musculatura acometida, sinais de toxemia, ocasional septicemia, coma e morte.

Esta fase apresenta-se de fácil diagnóstico, porém de difícil tratamento.

Complicações — As complicações são raras. A Piomiosite Tropical, contrapondo-se a outras infecções estafilocócicas, não

apresenta com frequência bacteremia importante, metástases, e nem tem alto índice de mortalidade^(7,10).

São descritas complicações como: choque séptico, pericardite, pneumonia, meningite, osteomielite, compressão de vasos calibrosos pelo abscesso, endocardite, embolia pulmonar, abscessos pulmonares, abscessos miocárdicos e empiema^(1,7,15,17).

VIII - DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é suspeitado diante de uma clínica de febre, sensibilidade muscular localizada e sinais infecciosos, especialmente se houver história recente de traumatismo ou imigração de área tropical (7,8,10,14).

Em meios onde a doença não é freqüente e, portanto, pouco conhecida, faz-se necessário diferenciá-la de outras patologias, tais como: Tromboflebite, Paniculite, Osteomielite, Artrite, Febre Reumática Aguda, Vasculite, Polimiosite, Artrites, Mialgias epidêmicas, Septicemias, hematomas musculares (6,10,17), Hepatite, abcesso peri-renal, perfuração intestinal, pneumonias (16).

O hemograma revela leucocitose com desvio para a esquerda, acompanhada ou não de eosinofilia (em 1/3 dos casos) (4, 7, 17). Nos Estados Unidos, contrapondo-se ao que ocorre nos países onde a Piomiosite Tropical é freqüente, não se observa associação da leucocitose com eosinofilia, pois esta não é usual (16).

Existe, entre os autores pesquisados, controvérsias quan

to ao nível sérico de enzimas musculares (Aldolase, CPK, SGOT e LDH). Alguns autores^(6,7,9,10,16,17) afirmam que o aumento das mesmas é pouco freqüente ou inexistente, enquanto outros^(1,3,9) encontraram elevação destas enzimas em seus pacientes.

Antony refere que o nível sérico da CPK tende a retornar ao normal em 2 semanas, paralelamente à resolução dos sintomas⁽³⁾.

A hemocultura é negativa na maioria das vezes^(6,7,9, 10, 13), com um índice de positividade de cerca de 5%^(9,10).

Estudos virológicos são, as vezes, realizados, na tentativa de estabelecer relação da doença com epidemias virais^(1, 3).

A biópsia muscular raramente é solicitada, por ser a Piomiosite Tropical uma condição benigna e rapidamente resolvida^(1,3). O anátomo-patológico varia de acordo com o estágio evolutivo da doença⁽¹⁷⁾. Na maioria das vezes há infiltrado celular com predomínio de polimorfonucleares, degeneração e necrose de fibras musculares e diminuição da estriação^(7,16,17).

A confirmação diagnóstica se faz pela demonstração de abscessos intramusculares através de punção, ultrassonografia ou, principalmente, pela drenagem cirúrgica^(4,8,9,13,17).

A tomografia computadorizada também demonstra a presença dos abscessos intramusculares^(13,16).

A demora em estabelecer-se o diagnóstico pode levar ao agravamento das condições do paciente, ao aumento do tempo e custo de hospitalização e à elevação do número de complicações, que habitualmente é pequeno.

IX - TRATAMENTO

O tratamento clínico pode ser tentado nos estágios iniciais da doença^(4,14) consiste em antibioticoterapia adequada com base na cultura da secreção, obtida pela aspiração, e no antibiograma.

No entanto, a grande maioria dos autores concorda em que a drenagem cirúrgica é o tratamento mais adequado e que sem ele, dificilmente se consegue uma resolução completa do caso.

Levin⁽¹⁰⁾ afirma que a drenagem de todos os abscessos é condição "sine qua non" no tratamento da Piomiosite.

Garwacki⁽⁵⁾ sugere que a administração de grandes doses de vitamina C possa ter um efeito benéfico no curso da Piomiosite Tropical e que deva ser combinada à antibioticoterapia e à drenagem cirúrgica.

X - RELATO DO CASO

Paciente internado e registrado no Hospital Universitário da UFSC, Florianópolis-SC, sob nº 24.375. V.S., 16 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro, natural de Santo Amaro da Imperatriz-SC e procedente de Paulo Lopes-SC.

Atendido na emergência deste hospital com queixa de dor em face ventral de membro superior E e posterior de ambos as coxas.

História da doença atual — Há aproximadamente 15 dias referindo dor em face ventral de membro superior esquerdo (MSE) e posterior de ambas as coxas, com comprometimento funcional progressivo dos membros inferiores, chegando a impedir a deambulação do paciente, acompanhada de hipertermia (não soube informar o grau). Nega traumatismo e viagem para fora do estado de Santa Catarina.

História mórbida pregressa e familiar — Sem particularidades.

Exame físico — paciente encontrava-se em regular estado geral, lúcido e orientado. Temperatura: 39,2°C; Pressão Arte-

rial: 110 x 60 mmHg; Respiração: 32 mov/min., Pulso: 96 bat./min.; Peso: 43.400 g.

Apresentava tumorações em face posterior de coxa Direita e Esquerda (D e E), medindo aproximadamente 5 a 7 cm e 10 cm respectivamente, e em MSE, com 2,5 cm, de limites imprecisos, consistência endurecida, extremamente dolorosas à palpação, com calor local e sem hiperemia ou flutuação.

O restante do exame físico encontrava-se normal.

Realizou-se, no momento da internação, drenagem cirúrgica da tumoração de MSE, havendo necessidade da abertura de planos musculares para efetivar-se a saída da secreção na quantidade de 100 a 200 ml. O material obtido pela drenagem foi encaminhado ao laboratório para: a) Bacterioscopia, que revelou numerosos leucócitos e cocos Gram-positivo (+) e raros cocos Gram-negativo (-); b) cultura da Secreção, que demonstrou poucas colônias de S. aureus; c) Teste de sensibilidade aos Anti-bióticos (T.S.A.) positivo para Cefaloxina, Cefaloridina, Cefalotina, Cefazolina, Cloranfenicol, Eritromicina, Gentamicina, Neomicina, Kanamicina, Lincomicina, Rifampicina, Tetraciclina, Novobiocina, Spiromicina, Sulfametoxazol + Trimetoprim e Furadantina.

Foram realizados ainda: a) Raio X de Tórax em posição postero-anterior, que encontrava-se dentro dos limites da normalidade; b) Hemograma, que revelou leucocitose com desvio para a esquerda. (Leucócitos = $18.000/\text{mm}^3$, com 10% de bastonados, 80% de segmentados, 7% de linfócitos típicos, 3% de monócitos, e sem eosinófilos ou basófilos. Eritrócitos = $4.700.000/\text{mm}^3$, Hematócrito = 41%, Hemoglobina = 13,3g%); c) Hemocultura (1ª, 2ª e 3ª) que revelou ausência de crescimento bacteriano.

Iniciou-se a terapêutica com Penicilina Cristalina e Sintomáticos enquanto se aguardava o resultado do T.S.A., porém não se observou melhora do quadro ou normalização de exames laboratoriais, apresentando o paciente, picos febris de até 39°C e taquicardia. No 3º dia de internação foi associado Oxacilina. Ao 4º dia, procedeu-se drenagem dos abscessos em face posterior de coxas D e E, com saída de grande quantidade de secreção purulenta, da intimidade da musculatura acometida, onde após cultura da secreção que revelou muitas colônias de S. aureus, foi estabelecido o diagnóstico de múltiplos abscessos estafilocócicos profundos (Piomiosite Tropical). Solicitou-se ainda:

- a) Exame parcial de urina - bacteriúria escassa
- b) Uréia - 28 mg%
- c) Creatinina - 0,77 mg%
- d) Glicose - 110 mg%
- e) novo T.S.A. - Sensível à Cefalotina, Cloranfenicol, Colimicina, Eritromicina, Gentamicina, Novobiocina, Lincomicina, Rifampicina, Tetraciclina, Furadantina, Neomicina, Sulfametoxazol + Trimetoprim, e Spiromicina.

No dia seguinte à drenagem, observou-se dificuldade à extensão de membros inferiores e aparecimento de nova tumoração em face posterior de coxa D, imediatamente superior ao local da drenagem, de limites imprecisos, consistência endurecida, dolorosa, sem flutuação ou hiperemia, que foi drenada ao 8º dia de internação. Então notou-se aparecimento de uma nova tumoração localizada em hipogástrio, indolor, consistência amolecida, medindo 2,5 cm, que cresceu progressivamente, até atingir mais ou menos 5 cm.

O resultado do segundo T.S.A., descrito anteriormente, foi

obtido no 12º dia, quando então suspendeu-se a Penicilina e a Oxacilina, substituindo-se por Cefaloxina.

O abcesso de face posterior de coxa E e o superior de coxa D, reapareceram e foram novamente drenados no 15º dia, juntamente com o abcesso localizado em hipogástrico.

O paciente evoluiu bem, havendo persistência dos picos febris até 38,6°C, e sem recidiva ou formação de novos abscessos. Ao 23º dia, devido as boas condições gerais e resolução do quadro, o paciente obteve alta hospitalar para tratamento domiciliar com Sulfametoxazol + Trimetoprim e Sintomáticos. Retornou ao ambulatório de Medicina Geral, do mesmo hospital, 13 dias após a alta para reavaliação, apresentando-se assintomático e curado da patologia ora em estudo - Piomiosite Tropical.

XI - DISCUSSÃO

A Piomiosite Tropical é uma patologia que ocorre profundamente dentro da grande musculatura estriada^(4,10), sendo bastante comum em grupos raciais dos trópicos⁽¹⁰⁾ e rara em países em países de climas temperados^(4,7,9,10,16,17). No caso relatado, o paciente sempre viveu numa região de clima temperado, nunca tendo emigrado para locais de clima tropical.

Os abscessos costumam ser múltiplos^(3,4,6,17) e localizam-se, de preferência em membros inferiores^(1,3,4,7,13,16,17), sendo o quadríceps o músculo mais acometido, seguido pelo bíceps da coxa. Neste caso, os músculos mais afetados foram os bíceps de ambas as coxas, tendo sido também encontradas tumorações em hipogástrio e bíceps braquial, locais raramente citados como sede da patologia⁽⁷⁾.

O paciente do presente caso encontrava-se dentro da faixa etária e sexo mais comumente descritos na literatura, que são crianças e adultos jovens^(3,4,7,8,16,17) do sexo masculino^(3,4,7,8,17).

O resultado do estudo bacteriológico, em duas ocasiões

identificou o Staphylococcus aureus como o agente etiológico infeccioso, concordando com o patógeno mais encontrado na quase totalidade dos autores pesquisados.

Embora o fator climático seja inegavelmente importante, o relato de casos oriundos de países não tropicais sugere que outros fatores devem estar associados na gênese da doença, como, por exemplo, traumatismos musculares⁽¹⁰⁾, o que não corresponde ao caso clínico em estudo.

Os sinais e sintomas estão diretamente relacionados com o estágio evolutivo em que a doença se encontra, sendo de início subagudo, com dor muscular de pequena intensidade, febre baixa, estado geral comprometido, poucos sinais flogísticos^(7, 10, 12, 16). No caso exposto, o quadro clínico apresentado era de dor intensa em membro superior esquerdo, face posterior de ambas as coxas, com hipertermia de até 39,2°C, presença tumorações nos locais supracitados e em hipogástrio, de limites imprecisos, consistência endurecida, sensibilidade dolorosa aumentada principalmente à palpação e extensão de membros inferiores, quentes, sem hiperemia ou flutuação. Apresentava ainda, o paciente, grande dificuldade à deambulação, porém a força e os reflexos estavam mantidos, concordando com a afirmativa de vários autores^(3, 7, 16).

A sensibilidade e a dor, que pioram à movimentação, são característicos da doença⁽³⁾.

No curso do caso em questão não houve ocorrência de nenhuma complicação, indo de encontro com a literatura pesquisada^(7, 10).

A Piomiosite Tropical é presença obrigatória no diagnóstico diferencial de um quadro de febre, sensibilidade dolorosa

sa muscular aumentada e sinais infecciosos, que não possua comprometimento visceral, articular ou ósseo para explicá-lo. No entanto, ela é facilmente confundida com outras patologias, face ao pouco conhecimento que se tem sobre a mesma em locais onde sua freqüência é mínima.

Em nosso paciente, a suspeita diagnóstica inicial foi de que se tratasse de múltiplos abscessos subcutâneos, hipótese esta que foi afastada no momento em que drenou o primeiro abscesso, pela necessidade que surgiu da abertura de planos musculares para a saída da secreção purulenta.

O exame complementar mais referido na literatura é o hemograma, sendo que a leucocitose com desvio para a esquerda é sempre encontrada, acompanhada ou não de eosinofilia. Apesar de a eosinofilia ser um achado relativamente freqüente, em 1/3 dos pacientes (4,7,17), não foi observado em nosso caso, que só demonstrou leucocitose com desvio para a esquerda.

Parece haver uma concordância da maioria dos autores em relação à manutenção do nível sérico das enzimas musculares dentro da normalidade. Essas dosagens não foram solicitadas em nosso estudo.

Na maioria das vezes a hemocultura é negativa (6,7,9, 10, 13), o que pudemos confirmar após realização de duas séries de hemocultura.

A drenagem cirúrgica é o principal procedimento para a confirmação diagnóstica de *Piomiosite Tropical* (4,7,9,10,17), procedimento este por nós utilizado, concedendo-nos o diagnóstico definitivo.

A demora em estabelecer-se o diagnóstico pode levar ao agravamento das condições gerais do paciente, ao aumento da

permanência hospitalar e à elevação da incidência de complicações, que habitualmente não se fazem presentes.

A drenagem cirúrgica, associada à antibioticoterapia específica baseada na cultura da secreção e T.S.A., constitui a terapêutica definitiva.

Após a drenagem da tumoração de bíceps braquial esquerdo, instituiu-se a antibioticoterapia com Penicilina, associada após alguns dias à Oxacilina, que foram substituídas por Cefaloxina. Entretanto na persistência do quadro clínico, tornou-se imperativa a realização de ato cirúrgico para que, através da drenagem, os focos infecciosos fossem definitivamente erradiados. Após as drenagens cirúrgicas, o paciente evoluiu rapidamente para cura e obteve alta hospitalar no 23º dia de internação.

No subsequente controle ambulatorial, considerando-se o quadro totalmente curado e sem sequelas, a alta se fez então definitiva.

XII - SUMMARY

The authors report a case of Tropical Pyomyositis in a temperate Climate in a sixteen year old boy admitted at Hospital Universitário of UFSC, Florianópolis - Santa Catarina.

The diagnosis was accomplished through drainage and culture of the suppuration of deep muscle abscesses.

They made considerations on the anatomy, etiology, incidence, clinical picture, diagnosis and treatment of this kind of pathology.

XIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ADAMSKI, G.G. et alii. Generalized non suppurative myositis with staphylococcal septicemia. Jour. Pediat. 96 (4):694-7, Apr. 1980.
- 2 - ADAMSKI, G.B. (letter). Myositis with staphylococcal infections. Jour. Pediat. 97(4):702, Oct. 1980.
- 3 - ANTONY, J.H. Benign acute childhood myositis. Neurology. 19:1068-71, Jul. 1979.
- 4 - CHIEDOZI, L.C. Pyomyositis - Review of 205 cases in 112 patients. Am. Jour. Surg. 137:255-9, Feb. 1979.
- 5 - GARWACKI, J. (letter). Tropical Pyomyositis. N. Eng.Jour. Med. 25:676, 1971.
- 6 - GOLDBERG, J.S. et alii. Tropical Pyomyositis: A case Report and Review. Pediat. 63(2): 298-300, Feb. 1979.
- 7 - GONÇALVES, A.L.C. et alii. Piomiosite Tropical. J.B.M. 39 (1):77-80, 1980.

- 8 - GROSE CHARLES, M.D. Staphylococcal pyomyositis in South Texas. Jour. Pediat. 93(4):457-8, Sep. 1978.
- 9 - LAM, S.F. et alii. Non Spinal Pyogenic Psoas Abscess. J. Bone and Joint. Surg. 48(5):867-77, Jul. 1966.
- 10 - LEVIN, M.T. et alii. Tropical Pyomyositis - An unusual Infection due to Staphylococcus aureus. N. Eng. J. Med. 28(4):196-8, Jan. 1971.
- 11 - MARSEN, P.A. Tropical pyomyositis. Cecil Loeb text book of Medicine, Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1971.
- 12 - MARTINEZ, R. (letter). Tropical Pyomyositis. N. Eng. Jour. Med. 25:576, 1971.
- 13 - McLoughlin, M.J. CT and Percutaneous Fine-Needle Aspiration Biopsy in Tropical Myositis. A.J.R. 134:167-8, Jan. 1980.
- 14 - PYOMYOSITIS. (editorial). Brit. Med. J. 2(6188):458-9 , Aug. 25, 1979.
- 15 - SAUL, R.A. (letter). Myositis with Staphylococcal infections. Jour. Pediat. 97(4):701, Oct. 1980.
- 16 - SCHLECH III, W.F. et alii. Pyomyositis: Tropical Disease in a temperate climate. Am. Jour. Med. 71:900-2, Nov. 1981.
- 17 - TORRES, M. et alii. Pyomyositis Tropical. F. Méd (Br). 82 (5):487-90, 1981.

XIV - REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

- 1 - ADAMS, R.D.; DENNY-DROWN, D.; PERSON, C.M. DISEASES OF MUSCLE. A STUDY IN PATHOLOGY. Second edition. New, Harper and Brothers, 1962. p. 386-7.
- 2 - ALAVI, J.A. et alii. Pyomyositis - Tropical and non Tropical. N. Engl. J. Med. 284(15):854 Apr. 1971.
- 3 - ALTROCCHI, P.H. Spontaneous bacterial myositis JAMA 217: 819, 1971.
- 4 - ANNAND, S.V. & EVANS, K.T. Pyomyositis. Brit. J. Surg. 51 (12):917-920, 1964.
- 5 - ASHKEN, M.K. & CONTTEN, R.E. Tropical Skeletal muscle abscesses: Pyomyositis tropicans. Br. J. Surg. 50:846 , 1963.
- 6 - BARRET, A.M. & GRESHAM, G.A. Acute Streptococcal myositis. Lancet. 1:347-351, 1958.
- 7 - BURKITT, R.T. Tropical pyomyositis. J. Trop. Med. Hyg. 50: 71-75, 1947.

- 8 - CHACHA, P.B. Muscle abscesses in children, in Urist M.R ,
editor: Clinical Philadelphia, 1970. Ip Lippincott Com-
pany, Chapter 21. pp. 174-180.
- 9 - CLUFF, L.E. et alii. Staphylococcal bacteremia and altered
host resistance. Ann Intern Med. 69:859-873, 1968.
- 10 - COMMES, C.H. La pyomyosite, pyohémie atténue avec locali-
zations intramusculaires chez les indigènes de la ré-
gion de Bamako. Bull Soc. Path. Escot. 11:822-827, 1918.
- 11 - CORREA, J.C. et alii. Piomiosite Tropical. R. Médica. 7
(11).44-48, Nov. 1978.
- 12 - DARCY, W.W. Companion to Surgery in Africa. Edinburgh and
London, Churchill Livingstone, 1973.
- 13 - DIETZMAN, D.E. et alii. Acute myositis associated with
influenza B infection. Pediatrics. 57:255, 1976.
- 14 - ECHEVERRIA, P. & VAUGHN, M.C. "Tropical Pyomyosite" - A
diagnostic problem in temperate climates. Am. J. Dis.
Child, 129:856-857, 1975.
- 15 - FOSTER, W.D. The bacteriology of Tropical pyomyositis in
Uganda J. Hyg (Camb.) 63:517-524, 1965.
- 16 - GEELLHOED, G.W. et alii. Pyomyositis Tropical and non Tro-
pical. N. Eng. J. Med. 284(15):853-854, Apr. 1971.
- 17 - GONÇALVES, A.L.C. et alii. Piomiosite Tropical, J.B.M. 39
(1):77-80, 1980.
- 18 - GRECO, T.P.; ASKENASE, P.W. and KASHGARIAN, M. Postviral
myositis: Myxovirus - like Structures in affected mus-
cle. Ann Intern Med. 86:193, 1977.

- 19 - HORN, C.V. and MASTER, S. Pyomyositis tropicans in Uganda.
East Afr. Med. J. 45:463, 1968.
- 20 - JACKSON, D.W. and FEAGIN, T.A. Quadriceps contusions in
young athletes J. Bone Joint Surg. 55A:95, 1973.
- 21 - KALLEN, P. et alii. Tropical Pyomyositis. Arth Rheum. 25
(1):107-110, Jan. 1982.
- 22 - LUNDBERG, A. Myalgia cruris epidemica. Acta Paediatr Scand.
46:18, 1957.
- 23 - MARCUS, R.T. & FOSTER, W.D. Observations on the clinical
features aetiology and geographical distribution of
pyomyosites in East Africa. East Afr. Med. J. 45:167-176,
1968.
- 24 - MCKINLAY, I.A. and MITCHELL, I. Transient acute myositis
in childhood. Arch. Dis. Child. 51:135, 1976.
- 25 - MEJLSZENKIER, J.A. et alii. The myositis of influenza. Arch.
Neurol. 29:441, 1973.
- 26 - MIDDLETON, P.H.; ALEXANDER, R.M. and SZYMANSKI, M.T. Seve
re myositis during recovery from influenza. Lancet 2:
532, 1970.
- 27 - MIHAS, A.; KIRBY, J.D. and KENT, S. Hepatitis B antigen
and polymyositis. JAMA, 239:222, 1978.
- 28 - MINOW, R.A. et alii. Myoglobinuria associated with influ-
enza A infection. Ann Intern Med. 80:359, 1974.
- 29 - MIYAKE, H. Beiträge Zur Kenntnis der Sogenannten Myositis
Infectiosa. Mitt a.d. Grenzgeb d Med u Chir. 13:155-198,
1904.

- 30 - PENMAN, H.G. & ROTHWELL, A.G. Tropical myosites. N. Zealand Med. J. 68:246-248, 1968.
- 31 - QUIE, P.G. et alii. In vitro bacteriocidal capacity of human polymorphonuclear leukocytes: Diminished activity in chronic granulomatous diseases of childhood. J. Clin. Invest. 46:668, 1967.
- 32 - ROBIN, G.G. Tropical myositis in Malaya. J. Trop. Med. Hyg. 64:288-291, 1961.
- 33 - RYAN, B.P. Pyomyositis in Papuan Children. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 56:312, 1962.
- 34 - RYLE, J.A. The natural history of disease. London, Oxford University Press, 1936.
- 35 - SAYERS, E.G. Tropical myositis and muscle abscesses. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 23:385, 1930.
- 36 - SCRIBA, J. Beitrag zur Actiologie der Myositis acute. Dtsch Zt s'chr Chir. 22:497, 1885.
- 37 - SIRINAVIN, S. & McCRAKEN, G.H. Primary Suppurative myositis in children. Am. J. Dis. Child. 133:263-265, 1969.
- 38 - SMITH, I.M. and VICERKS, A.B. The natural history of 338 treated and untreated patients with Staphylococcus Septicemia. Lancet. 1:1318, 1960.
- 39 - SMITH, P.G. et alii. The epidemiology of tropical myosites in the Mengo districts of Uganda. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 72(1), 1978.
- 40 - STEVENS, D. et alii. Temporary paralysis in Childhood after influenza B. Lancet. 2:1354, 1974.

- 41 - TAYLOR, J.F.; TEMPLETON, A.C. and HENDERSON, B.H. Pyomyositis: a Clinicopathological Study. East. Afr. Med. J. 47:1, 1969.
- 42 - _____. East Afr. Med. J. 47:493, 1970.
- 43 - TAYLOR, J.F. & HENDERSON, B.H. Tropical myositis. In: SHAPER, A.G.; KIBUKAMUJOKE, J.W. & HUTT, M.F.R., eds. Medicine in a tropical environment. London: British Medical Association, 1972:32-44.
- 44 - TAYLOR, J.F. et alii. Tropical myositis clinical and laboratory studies. Afr. J. Med. Soc. 4:409, 1973.
- 45 - TAYLOR, J. F. and FLUCK, D. Tropical Myositis. ultrastructural Studies. J. Clin. Path. 29:1081-1084, 1976.
- 46 - TILMA, A. Pyomyositis in Suaziland. S. Afr. Med. J. 51: 39-41, Jan. 1977.
- 47 - TODD, J. et alii. Toxic-Shock Syndrome associated with phage groupe I Staphylococci, Lancet. 2:1116, 1978.
- 48 - TOGERSEN, O. and EFSKIND, L. Peracute Spontaneous Streptococcal Myositis. Acta Chir Scand. 137:155-163, 1971.
- 49 - TORRES, M.J.A. Piomiosite Tropical. Tese de Livre Docência de Clínica Médica, Niterói, 1976.
- 50 - WALKER, E.L. The etiologia agent and the localizing factor of the abscesses in myositis purulenta tropica. J. Infections Dis. 21:298-302, 1917.
- 51 - YOUNG, W.A. and CLARK, E.M. Report of a Small epidemic of hypovitaminosis. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 34: 249, 1940.

**TCC
UFSC
CM
0080**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0080

Autor: Medeiros, Emarise

Título: Piomiosite tropical em clima tem



972805760

Ac. 253279

Ex.1 UFSC BSCCSM